

長 第 7 1 1 号  
平成19年 1月24日  
(一部改正 令和3年7月28日)

各介護保険施設の施設長  
各指定居宅サービス事業所の管理者 } 様

岩手県保健福祉部長

#### 介護保険施設における事故報告について（通知）

介護保険施設において介護サービス提供時に事故が発生した場合は、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年省令第39号）、「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成11年省令第40号）及び「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年省令第41号）に規定されているとおり、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じることとされているところであり、県においても平成14年11月20日付け長第644号「介護保険施設等の適正な運営について」の中で、事故の内容に応じては関係官公署（当該介護保険施設等の住所地を所管する市町村、地方振興局、保健所、警察署及び消防署等）に対しても速やかに報告することを通知しているところであります。

しかしながら、事故の報告が遅れたり、あるいは本来報告を要するにもかかわらず報告されていない案件が明るみになるなど、適切な事務取扱いが徹底されていない事案が散見されております。

介護保険の事故報告については、事業者の処罰を目的とするものではなく、介護サービス利用者の利益保護の観点から、そして関係機関と連携しながら発生した事案を速やかに収束させることを目的としてその報告を求めているものであります。

つきましては、事故報告の趣旨を十分ご理解のうえ、下記事項について、あらためて適切な事務の執行に配慮願います。

#### 記

#### 1 報告を要する事故等

##### (1) 事故報告について

事故報告を要するものを参考までに例示すると次のようなものであり、これらの事故の発生が確認された際には、速やかに入所者の家族等に連絡するとともに、市町村（保険者）に報告すること。

##### 【報告を要する事故の例】

（介護サービスの提供等との関連がない場合、軽微な案件等は除く。ただし、利用者に係る事故については、軽微なものも含めて当該家族等へ速やかに連絡を行うこと。）

- ① 自然死以外の死亡：介護サービスの提供等に係る利用者及び従業者の事故等による死亡、自殺、変死など
- ② 傷病等：介護サービスの提供等に重大な影響を及ぼす食中毒・感染症等の傷病、医療事故など
- ③ 暴力・犯罪行為：介護サービスの提供等に係る利用者又は従業者等による暴力又は犯罪行為など
- ④ 施設入所（利用）者の無断外出：警察への通報、捜索を要する（行なった）場合など
- ⑤ 火災を含む災害：施設等における小火を含む火災、避難を要する災害、物的・人的被害が生じた災害など
- ⑥ 交通事故：介護サービスの提供等に係る利用者の交通事故など
- ⑦ 管理瑕疵：施設等の管理瑕疵による事故・不祥事案など

⑧ その他の事故・事件等：上記に準じると認められる利用者又は従業者等に係る事故、事件など

(2) 事故報告書の様式について

事故報告書の様式は別紙のとおりであるので、これを活用するとともに、事故の内容に応じて、関係資料等を添付すること。

※ 市町村（保険者）への提出は電子メールによることが望ましいが、他の方法による提出を妨げない。

(3) 事故報告書の報告期限について

ア 第1報は、少なくとも別紙様式内の1から6の項目までについて可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること。

イ その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告すること。

2 感染症に係る取扱い

感染症については、平成17年2月22日付け厚生労働省各局長連名通知「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」に示すとおり、下記に該当する場合は、市町村及び保健所に速やかに報告すること。また、併せて前記1に基づく事故報告を行うこと。

① 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合

② 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

③ ①及び②に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

なお、上記要件を満たさない少数の発生事案であっても、介護保険事業施設における事故等としての報告を要するものであり、一斉に、若しくは断続的に同一の有症者等が複数確認された時点で、前記1に基づく事故報告を行うとともに、上記③に該当する場合は、併せて市町村、保健所に速やかに報告すること。

また、感染症のように時間の経過に伴い状況の変化が予想される事案については、第一報、第二報といったように、速報性を考慮して随時報告を行うなど、状況に応じて柔軟に対応すること。

3 再発の防止

事故が発生した場合は、所要の措置を記録するとともに、再発の防止に向けてその要因の分析、防止策の検討、職員への周知徹底等が求められるところであり、随時、適切な措置を講ずること。

4 感染症防止対策の徹底について

今冬に流行したノロウイルスを原因とする感染性胃腸炎の集団発生については、報道等においては流行のピークに達したとされているものの、依然として発生例が報告されており、今後も十分な注意が必要である。

また、今後インフルエンザの流行期を控えることもあり、各施設においては感染症の発生及び感染拡大防止のために、予防策の徹底（うがい、手洗い及び手指消毒の励行等）、発生状況の把握、感染拡大の防止など、より一層取り組みの徹底を図りたいこと。

担当：長寿社会課介護福祉担当 大釜  
tel 019-629-5441ex. 5443 / fax 019-629-5444  
mail to : [N-ogama@pref.iwate.jp](mailto:N-ogama@pref.iwate.jp)

別紙【様式】

事故報告書 (事業者→ \_\_\_\_\_ 市・町・村／振興局保健福祉環境部・保健福祉環境センター)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

□ 第1報	□ 第 _____ 報	□ 最終報告	提出日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
-------	-------------	--------	--------------------------------

1 事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日				
2 事 業 所 の 概 要	法人名											
	事業所(施設)名								事業所番号			
	サービス種別											
	所在地											
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢				性別：	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )										
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立									
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦		年		月		日		時	分頃(24時間表記)	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容の詳細											
	その他 特記すべき事項											
5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応											
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )										
	受診先	医療機関名							連絡先(電話番号)			
	診断名											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位： _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )										
検査、処置等の概要												

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況										
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者			<input type="checkbox"/> その他 ( )		
		報告年月日	西暦		年		月		日		
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体			<input type="checkbox"/> 警察			<input type="checkbox"/> その他			
本人、家族、関係先等 への追加対応予定	自治体名 ( )			警察署名 ( )			名称 ( )				
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)										
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)										
9 その他 特記すべき事項											